

すまいるスクール 食物アレルギーに関する調査票 <全員提出してください>

この調査票は、食物アレルギーのあるお子さんの状況をお知らせいただき、昼食指導や間食提供等に役立てるためのものです。保護者の方がご記入ください。すまいるスクールにおいてアレルギー対応が必要な場合は、学校生活管理指導表アレルギー疾患用(コピー可)または診断書の提出が必要になります。

すまいるスクール ()年生	(ふりがな) 児童氏名 生年月日 平成 年 月 日生 (男・女)
食物アレルギー	なし・あり (ありの場合は下記欄記入)



アレルギー(摂取できない食べ物)			
症状(食べるとどうなるか)			
医療機関でアレルギー検査を受けた日 平成 年 月 日 / 検査をしていない			
主治医の指導内容			
アナフィラキシー(ショック)の経験(ある場合は、年齢、原因、症状等を記入してください。) 】 ・ある【 ・ない			
該当するものを ■ で塗りつぶしてください。 内服薬やアドレナリン自己注射薬(エピペン)について <input type="checkbox"/> 持っている (<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン) <input type="checkbox"/> エピペンの処方を検討中 <input type="checkbox"/> 医薬品なし			
救急車を要請するタイミング(どんな状態になったら要請するか)			
かかりつけ医療機関 <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:30%; border: none;">病院名</td> <td style="width:30%; border: none; text-align: center;">TEL</td> <td style="width:40%; border: none;">主治医名</td> </tr> </table>	病院名	TEL	主治医名
病院名	TEL	主治医名	
以下の事項をよく読み、承諾する場合は ■ で塗りつぶし、下記に保護者の署名をお願いします。 <input type="checkbox"/> 児童の安全に配慮し、緊急時の対応を行う目的で、本調査票を当該すまいるスクール職員、主管課職員が共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> エピペン持参の児童は症状により本人が自分でエピペンを接種できない場合、すまいるスクール指導員が児童に代わって接種することを承認します。 <input type="checkbox"/> エピペンをすまいるスクールに預ける場合は別紙「預かり依頼書」を提出します。 <input type="checkbox"/> アレルギー対応が必要なくなった場合は別紙「対応解除届出書」を提出します。			
記入日 平成 年 月 日 保護者署名: _____ 緊急連絡先: () _____			
* 緊急連絡先には、確実に繋がる番号をお書きください。			
すまいるスクール面談時記入欄			